



- Clinique médicale Frontenac                      418-862-0333
- Clinique médicale Cacouna                      418-862-2170
- Clinique médicale St-Antonin                      418-860-0666
- CLSC St-Épiphane                                      418-868-1000

## PROMESSE DE RETOUR

Par la présente, je, \_\_\_\_\_, m'engage à remettre le tensiomètre en bon ordre à la date indiquée ci-dessous. Il est entendu que je devrai verser la somme de 100.00\$ si je ne remets par l'appareil comme prévu.

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Numéro de l'appareil : \_\_\_\_\_

Date de retour prévue : \_\_\_\_\_

Date de retour réelle : \_\_\_\_\_

Signature du patient au retour : \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_